

Unfall-Schadenmeldung

*Ihre Angaben:*

Anrede / Vorname / Name:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon / Telefax:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>		
Betroffene Versicherung:	<input type="text"/>		
Policen-Nummer:	<input type="text"/>		

*Allgemeine Fragen zum Schaden:*

Schadentag:	<input type="text"/>
Schadenzeit:	<input type="text"/> Uhr
Genauer Schadensort:	<input type="text"/>
Wurde der Schaden der Polizei gemeldet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

*Verletzte Person:*

Verletzte Person:	<input type="radio"/> Versicherungsnehmer <input type="radio"/> eine andere Person
-------------------	---

*Angaben zum Unfall:*

War es ein Arbeitsunfall?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Unfall bei Benutzung eines KFZ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatten Sie Alkohol oder Rauschmittel im Blut?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

*Unfallhergang:*

Bitte schildern Sie den Hergang des Unfalls möglichst genau:	
Gibt es Zeugen des Unfalls? (Bitte mit vollständiger Anschrift)	
Welche Körperteile wurden verletzt und wie ist die Art der Verletzung?	
Wird ein Dauerschaden erwartet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

*Ärztliche Behandlung dieses Unfalls:*

Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	
Wurden Sie ambulant behandelt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurden Sie im Krankenhaus stationär behandelt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Findet zur Zeit noch ärztliche Behandlung statt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

*Angaben zu Vorerkrankungen:*

Lag zur Zeit des Unfalls ein Leiden oder Gebrechen vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wird eine Rente bezogen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen schwerer Krankheiten und Gebrechen behandelt? (Bitte mit vollständiger Anschrift und Grund der Behandlung)?	

*Angaben zu weiteren Versicherungen:*

Bestehen für die verletzte Person noch weitere Unfallversicherungen?

- Ja  
 Nein

Erhielt die verletzte Person aus früheren Unfällen eine Entschädigung?

- Ja  
 Nein

*Bemerkungen:*

Haben Sie noch Anmerkungen?

---

Ort, Datum

---

Unterschrift